

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°

462

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 17 Juillet 1905, à 1 heure

PAR

André GENEVOIX

L'AVORTEMENT PROVOQUÉ

dans le cas de

Bassin extrêmement rétréci

Président : M. PINARD, professeur

Juges } MM. TUFFIER, agrégé
LEPAGE, agrégé
POTOCKI, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie		P. POIRIER
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
Clinique médicale	}	HAYEM
		DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		LE DENTU.
Clinique chirurgicale	}	TILLAUX.
		TERRIER.
		BERGER.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDÉAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FRÈRE

A MON ONCLE
LE DOCTEUR FRANÇOIS GENEVOIX

A MON ONCLE
LE DOCTEUR FRÉDÉRIC BERTRAND

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT ROBIN

Médecin de l'hôpital de la Pitié
Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR JACCOUD

Secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Médecine opératoire
à la Faculté de Médecine de Paris

A LA MÉMOIRE DE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON VÉNÉRÉ MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine.

L'AVORTEMENT PROVOQUÉ

DANS LE CAS

De Bassin extrêmement rétréci

CHAPITRE I

Le problème que nous envisageons nous paraît pouvoir être exposé de la façon suivante :

Une femme naine ou rachitique, peu importe, a un bassin extrêmement rétréci : moins de six centimètres de diamètre promonto-pubien minimum par exemple.

Elle vient trouver un accoucheur alors qu'elle est seulement enceinte de trois mois, lui expose qu'elle sait ne pouvoir accoucher à terme, que, d'autre part, elle ne veut pas courir le risque d'une opération césarienne, bref qu'elle désire qu'on la fasse avorter.

L'accoucheur est évidemment libre d'accepter ou de refuser.

Mais voyant, d'une part, des maîtres autorisés réprouver hautement une telle manière d'agir, voyant

cependant d'autres accoucheurs également conscieus accéder en pareil cas au désir de leur cliente, il se trouve brusquement l'arbitre d'une destinée humaine : il dispose d'une vie qu'il peut à son gré interrompre ou laisser évoluer, n'ayant pour guide dans ce choix angoissant que sa conscience, que la conception qu'il s'est faite lui-même de ses devoirs, que ses idées philosophiques.

Ainsi, à froid, comme disent les chirurgiens, en dehors de toute indication pressante, en l'absence de tout péril à écarter, il a droit de vie ou de mort sur un fœtus humain qui ne demande qu'à continuer son développement, et la conscience humaine est à ce point diverse que, en pareille occurrence, de deux hommes également éclairés, également intègres, l'un tuera, l'autre ne tuera pas.

Rien en somme ne régleme cet étrange et effrayant privilège que les accoucheurs n'ont certes pas sollicité, mais qu'ils possèdent cependant.

C'est là un des cas particuliers du fameux problème du fœticide thérapeutique — et c'est même en réalité ce problème sous sa forme la plus simple — ce problème débarrassé de toutes les circonstances accessoires, de toutes les causes d'erreur qui ont si souvent forcé la main de l'accoucheur et qui peuvent lui cacher les solides principes sur lesquels il doit régler sa conduite. — A froid, en dehors de toute urgence, aucun affolement de la patiente, point de supplication d'un entourage dont l'influence inadmissible et injustifiable est cependant si réelle.

— Seules les raisons essentielles existent et l'accoucheur qui peut les envisager froidement adoptera une ligne de conduite qui deviendra forcément la sienne en toutes circonstances.

C'est sous cette forme élémentaire et schématique que nous voulons reprendre la question de l'accoucheur fœticide.

Il nous sera ensuite aisé de montrer dans un court appendice comment fatalement la conduite, que nous croyons devoir adopter à l'égard d'un fœtus vivant du terme de trois mois, sera encore celle que nous devons adopter en présence d'un fœtus vivant à terme, quelles que soient les passions et les émotions en jeu à ce moment : peur de la mort, intérêt et surtout crise si curieuse de l'instinct de la paternité et de l'amour conjugal, devenus momentanément opposés.

CHAPITRE II

Historique.

L'avortement pour obstacle à la terminaison naturelle de l'accouchement est extrêmement ancien ; mais la faveur dont il a joui a subi des variations considérables suivant les époques et suivant les pays.

L'antiquité, avant l'influence des idées chrétiennes, ne faisait aucun cas de la vie du fœtus.

Pour citer quelques noms, que nous empruntons à la remarquable histoire de Sieboldt, Moschion, qui vécut au ⁱⁱ^e siècle de notre ère et qui fut l'élève de Soranus recommande explicitement de provoquer l'avortement s'il y a des obstacles à l'accouchement à l'époque normale (*De Sieboldt*, tome I, § 66). La célèbre sage-femme Aspasia et Aetius qui nous a conservé ses doctrines étudient longuement l'avortement provoqué, et ces écrits épars et concordants nous indiquent qu'il s'agissait là d'une pratique générale : aussi bien avortait-on les femmes sans cause

d'ordre médical (voir Platon, Aristote, Hippocrate, etc.).

C'est que d'une façon générale, pour les anciens, le fœtus était une chose, un être sans âme, et dont par conséquent le sacrifice importait peu.

Tertullien, qui ne fut pas médecin, eut cependant une influence considérable sur la médecine et l'obstétrique d'alors. Pour lui, l'âme date de la conception, non de la naissance, et pratiquer un avortement c'est commettre un meurtre : ce sera désormais la doctrine chrétienne peu précise il faut le reconnaître ; néanmoins il est certain que partout où l'influence chrétienne se fait sentir les avortements deviennent plus rares.

Arrivons aux temps modernes. Les avortements sont d'abord rares. Nous relevons, en 1619, la dissertation d'Am. Polanus : *Quæstionum chirurgoliceat salva conscientia fœtum enecare ut matrem servet*. En 1696, paraît à Tubingen l'opuscule de Camerarius : *An liceat medico pro salute matris abortum procurare ? Nec utilem esse, nec necessariam quæstionem*.

En 1710, à Iéna, J.-H. Slevogt fait paraître les deux thèses suivantes :

Prolusio num maturus fœtus servandæ matris causa occidendus ? aut abortus provocatus sit ut mater gravida a magno morbo morte que liberetur ? et : Dissertatio in qua per partum illegitimum abortum-que matris vitam subinde conservandam esse, demonstratur.

A partir de cette époque la même idée va faire un

chemin considérable : Cooper, en 1769 après la relation d'une opération césarienne fatale pour la mère, demande à Hunter si l'on ne doit pas faire avorter la mère qui ne peut pas accoucher par les voies naturelles. Et l'ensemble des accoucheurs anglais répond par l'affirmative. La vie de l'enfant ne compte pas pour eux. « On ne pratique pas la perforation parce que l'enfant est mort, mais parce que l'accouchement ne peut se terminer normalement », a écrit Burns. La pratique de Macauley, de Kelly, de Denmann, de Barlow n'est que la réalisation de cette doctrine. Ch. Wenzel, A. May, Weidmann en Allemagne, Salomon en Hollande font de même.

En 1753, de leur côté, nos docteurs de la Sorbonne affirmaient dans une consultation longuement débattue que la mère a le droit d'assurer sa propre conservation par tous les moyens convenables.

Notons à la décharge des auteurs que nous venons de citer, que nous ne pouvons plus nous faire une idée des résultats lamentables qu'ils obtenaient quand ils se lançaient dans la chirurgie obstétricale. Et cependant, dès cette époque, les protestations montent de tout côté contre cette pratique inhumaine et nous n'en citerons pour exemple que cette satire de Nichols parue dans les *Nuits Anglaises*, et qui est une pétition des fœtus qui demandent à vivre.

En 1813 Fodéré, professeur d'hygiène et de médecine légale à Strasbourg, préconise l'avortement provoqué dans le cas d'angustie pelvienne.

D'une façon générale, ce grave problème du droit

de vie et de mort attribué au médecin avait retenu l'attention des esprits sérieux.

Nœgelé disserte en novembre 1826 : *De jure vitæ et necis quod competit medico in partu*. Et quelques années plus tard Hufeland écrivait en se plaçant à un point de vue général un traité : *Von dem Rechte des Artztes uber Leben und Tod*. Sur le point spécial qui nous intéresse Nœgelé est net : « Par le même motif, il est permis quelquefois de provoquer l'avortement dans le cas par exemple où le bassin est tellement étroit que l'enfant ne peut être arraché même par morceaux, que l'opération césarienne a été proposée et que cependant la mère dans la plénitude de sa raison et à diverses reprises déclare constamment qu'elle se refuse à cette opération : je pense que chose semblable est permise dans le cas où la grossesse prolongée jusqu'au terme exposerait la mère au danger manifeste et inévitable de perdre la vie. » *Traité d'accouchements*, p. 113). Dans le *Dictionnaire de médecine en 25 volumes*, Marc se prononce également pour l'accouchement provoqué dans les cas d'extrême dystocie pelvienne.

Enfin en 1852 la question passe franchement à l'ordre du jour. Lenoir ayant fait avorter à 4 mois une rachitique tertipare, dont les deux grossesses précédentes furent un accouchement à 8 mois (enfant mort) et un avortement provoqué, porte la question à la tribune de l'Académie et émet les propositions suivantes :

1° C'est par suite d'une fausse interprétation que

les lois divines et humaines relatives à l'avortement ont été appliquées à l'avortement pratiqué dans un but médical ;

2° Les lois punissent le crime : elles ne peuvent donc atteindre sans injustice un acte accompli avec les intentions les plus pures ;

3° Placée dans la cruelle alternative de choisir entre la vie de son enfant et sa propre conservation, la femme a, de par la loi naturelle, le droit d'opter pour la mutilation du fœtus ;

4° Dans ce cas le médecin peut et doit sacrifier les intérêts de l'enfant à ceux de la mère ;

5° L'avortement provoqué étant beaucoup moins grave pour la mère que l'embryotomie pratiquée au terme de la grossesse, le médecin peut et doit lui donner la préférence ;

6° Les rétrécissements dans lesquels le petit bassin offre moins de 6 cm. $1/2$ dans son plus petit diamètre, les... les... sont les seules indications de l'avortement provoqué.

Cazeaux, rapporteur, déclarait adopter ces conclusions « sans hésitation et sans restriction ».

L'Académie ne le suivait cependant pas. Si Chailly, Adelon et Velpeau se rangeaient à son avis, Paul Dubois exprime de sérieuses réserves, Bégin proteste au nom de la religion et l'Académie conclut en laissant aux accoucheurs leur liberté d'action.

Ce rapport de Cazeaux provoquait hors de l'Académie deux protestations très vives, celles de Stoltz de Strasbourg et de Villeneuve de Marseille, sans

compter celle de Letenneur de Nantes qui passa plus inaperçue.

Ajoutons à la liste des accoucheurs hostiles à l'avortement provoqué les noms de Baudelocque, Orfila, Dugès, Capuron.

Dans les rangs opposés il faut citer encore Pajot, vigoureux polémiste, ennemi juré de la section césarienne, « cette inspiration de sauvage qui coupe l'arbre pour avoir le fruit. »

Enfin en la même année 1852 qui voyait se dérouler à la tribune de notre Académie le débat que nous venons de relater, un débat analogue s'ouvrait à l'Académie de médecine de Belgique, débat provoqué par un mémoire d'Hubert de Louvain. Hubert était un partisan convaincu du respect de la vie humaine, même quand cette vie n'est encore qu'à son début. La discussion belge n'apportait d'ailleurs pas plus de lumière que celle qui venait de se produire chez nous (1).

Avant d'aborder la période contemporaine, il convient de nous arrêter un instant et de nous demander quelles puissantes raisons pouvaient avoir détourné d'aussi bons esprits que Cazeaux, pour ne citer que celui-là, de ce véritable but de l'accoucheur : mettre au monde des enfants vivants. La raison était bien simple et Cazeaux en avait fait son principal argu-

1. D'autre part, avec les articles des *Dictionnaires Dechambre et Jaccoud*, avec la thèse d'agrégation de Soyre (1875), nous voyons s'affirmer encore la doctrine de l'avortement provoqué.

ment : depuis cinquante ans, pas une opération césarienne qui n'ait été suivie de la mort de la parturiente.

A Londres, résultats identiques : 25 opérations, 24 morts.

Bref la statistique désolante de Kayser : 70 o/o de mortalité, était encore au-dessous de la réalité. Le découragement était absolu ; si le forceps ou la version n'étaient pas suffisants, si l'on n'avait provoqué l'accouchement avant terme, le fœticide s'imposait.

Vainement quelques accoucheurs de province, Stoltz et Villeneuve en tête, publiant leurs résultats (1), essayaient-ils de démontrer que ce qui était mauvais, c'était non pas la césarienne, mais bien les conditions lamentables dans lesquelles on la faisait. Stoltz, reprenant la statistique de Kayser, montrait que si l'on considérait seulement les cas où la césarienne avait été faite au plus tard six heures après la rupture de la poche des eaux, on comptait 20 succès sur 39 cas, soit plus de 50 o/o de succès au lieu de 30 o/o seulement.

Ainsi la mortalité effrayante de l'opération césarienne était la véritable raison qui poussait les accoucheurs à l'avortement et au fœticide thérapeutique : à cette époque il s'agissait réellement de « sauver la mère ».

Arrivons maintenant à la période contemporaine. Grâce à l'antisepsie et à l'asepsie, grâce aux per-

1. Stoltz sur six césariennes avait quatre guérisons.

fectionnements des techniques opératoires, la gravité de l'acte chirurgical, la mortalité opératoire ont considérablement diminué.

Des opérations, jadis presque sûrement mortelles, sont devenues bénignes. L'obstétrique a directement profité de cette transformation. Il y a moins de danger pour la mère à avoir maintenant, par symphyséotomie ou césarienne, un enfant vivant, qu'il n'y en avait il y a quarante ans à ce qu'on tue cet enfant « pour sauver la mère ». « Tuer pour sauver » ne correspond plus à rien maintenant ; c'est un reste des erreurs de jadis.

Et cependant pour modifier la pratique obstétricale, pour protéger les fœtus qui ne demandaient qu'à vivre et ne menaçaient plus leur mère, il a fallu non seulement l'inébranlable conviction, non seulement la grande autorité et le grand talent, mais encore l'inlassable persévérance d'un maître, de M. le professeur Pinard.

Né à l'obstétrique à la fin de la période troublée que nous venons de décrire, M. Pinard a connu les angoisses de ses devanciers et, en 1879, il écrivait cette phrase : « Tant qu'un sacrifice sera nécessaire, nous l'écrivons en face de notre femme et de notre fille, nous sacrifierons l'enfant. »

Cependant, suivant le progrès de la chirurgie, il demandait avec impatience quelques années plus tard : « Quand donc finira pour les accoucheurs ce supplice de broyer des enfants pleins de vie qu'ils ont mission de sauver. » Et quand la sym-

physéotomie renaissante et l'opération césarienne pour mettre au monde des enfants vivants et à terme furent devenues plus bénignes pour les mères que le fœticide autrefois en honneur, quand il vit clairement le devoir de sauver ceux qu'on sacrifiait naguère, sans danger pour celles qui comptaient seules jadis, il affirma hautement le droit à la vie.

« Le droit de l'enfant à la vie est un droit imprescriptible et sacré que personne ne peut et ne doit lui ravir. »

Et constatant combien les préjugés sont lents à se dissiper, combien est longue à se faire l'éducation du public, il refusa d'être l'instrument passif des erreurs de l'opinion. Il voulut affranchir l'accoucheur qui sait de l'entourage qui ne sait pas. Il voulut affranchir l'accoucheur de cette obligation de sacrifier que voulaient et veulent toujours lui faire ceux qui croient encore qu'il faut tuer pour sauver.

C'est ainsi qu'il était amené à formuler ce deuxième principe : « Le droit de choisir l'opération nécessaire à la terminaison de l'accouchement appartient au médecin seul. »

Le corollaire obligé de ces principes, c'est la disparition de l'avortement provoqué pour rétrécissement du bassin.

Cependant actuellement encore il existe des dissidents.

Le rétrécissement extrême du bassin est resté dans le traité classique de Tarnier et Budin (1901) une indication à l'avortement provoqué.

Au Congrès d'obstétrique de France de 1902 se sont fait entendre les voix dissidentes de Treub d'Amsterdam, de Fochier, d'Herrgott. Peu avant, l'avocat général Maxwell, opposant dans une étude médico-juridique les droits actuels de la mère aux droits éventuels du fœtus, concluait à la légitimité du fœticide.

Tout récemment, M. Potocki, cédant aux instances d'une rachitique enceinte de trois mois, consentait à la faire avorter et ce fait était l'objet d'une courte polémique.

Signalons enfin la curieuse monographie de O. Sarwey, professeur de gynécologie à la Faculté de Tubingue : « Sur les indications et les méthodes de stérilisation de la femme » (analysé in *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, avril 1905).

L'auteur est un grand partisan de l'avortement, ou mieux de la stérilisation du coït dans presque tous les cas de sténose pelvienne :

α) Au cas où la mère ne consent pas à la césarienne, à indication relative ou absolue, qu'il faudrait faire fin grossesse ;

β) Diamètre au-dessous de six centimètres ;

γ) Rétrécissement moyen, quand les accouchements antérieurs ont été pénibles, préjudiciables à la mère ou à l'enfant.

Ajoutons que pour Sarwey, l'excès d'enfants associé à une pauvreté évidente, la santé usée par la répétition des grossesses, la nécessité du gagne-pain

quotidien compromise par la grossesse, deviennent des indications.

Il n'est donc peut-être pas inutile de revenir encore une fois sur cette question. On ne saurait craindre les redites quand il s'agit d'un objet aussi important que la conservation ou le sacrifice de vies humaines. Nous allons donc analyser les divers arguments qui militent actuellement pour l'avortement provoqué et par extension le fœticide, ou contre l'avortement provoqué et par extension également le fœticide thérapeutique.

Ce que nous avons voulu souligner dans ce long historique, ce sont les causes qui ont dicté la conduite des accoucheurs de jadis : dans l'antiquité, les idées philosophiques au nom desquelles le fœtus encore sans âme n'était qu'une chose sans valeur ; puis dans la période qui a pris fin avec l'antisepsie, les désastres chirurgicaux répétés, l'effrayante mortalité des opérées et le découragement qui en était résulté ; découragement qui avait amené les accoucheurs à ne voir de salut que dans l'accouchement prématuré et dans le fœticide.

CHAPITRE III

I

LES DROITS DE LA MÈRE (DROITS ACTUELS DE MAXWELL)

Actuellement, nous l'avons déjà remarqué et nous ne saurions trop insister sur ce point, il ne s'agit point pour la mère d'éviter une mort probable, mais simplement un risque.

Le langage de la femme enceinte de 3 ou 4 mois et dans les conditions d'angustie pelvienne que nous considérons sera à peu près le suivant : « Je ne veux point courir le risque d'une opération : faites-moi avorter ; en un mot pour éviter les cinq, six ou dix chances sur cent que j'ai de périr, ou simplement pour éviter cette chose désagréable qu'est une intervention chirurgicale, intervention qui portera une certaine atteinte à mon intégrité corporelle, cicatrice, éventration, troubles de la marche, etc... pour éviter tout ceci, sacrifions l'enfant que j'ai conçu. »

Il est évident qu'un tel langage est profondément immoral ; mais par cela même il indique combien il y a peu de chances de persuader cette femme et de l'amener à de plus nobles sentiments.

Au point de vue juridique malheureusement ce discours est, paraît-il, inattaquable. Maxwell du moins l'affirme.

Les droits du fœtus ne sont en effet que des droits éventuels. A la mère, par contre, cet auteur reconnaît les droits actuels suivants : droit à la vie, droit à l'intégrité du corps, par conséquent droit de les conserver et de les défendre, par conséquent encore droit de conserver son intégrité corporelle, même aux dépens de son fruit.

En pareil cas, il s'agit pour la mère de l'exercice d'un droit de défense, et l'on ne peut conclure que la mère s'arroge de ce fait le droit de vie et de mort sur son fruit, conséquence que la loi ne saurait admettre.

Une telle argumentation ne peut entraîner la conviction. En effet, il est hors de conteste que la grossesse et l'accouchement physiologiques (1) portent atteinte aux droits que Maxwell vient de reconnaître à toute femme. Si faible que soit la mortalité imputable à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches, en dehors de toute intervention obstétricale, il est indiscutable qu'elle existe. Signalons par exemple en cours de grossesse l'hémorragie due au décollement d'un placenta inséré sur le

1. Par physiologiques nous voulons désigner une grossesse et un accouchement évoluant en dehors de toute intervention de l'accoucheur, cette intervention ne serait-elle qu'une version par manœuvres externes,

segment inférieur, ou l'éclampsie au moment du travail, la rupture de l'utérus venant compliquer une présentation transversale ; après l'accouchement les hémorragies de la délivrance ; enfin les accidents septiques des suites de couches. En un mot il est certain que la grossesse, à elle seule, porte atteinte dans une mesure infime mais réelle à ce droit à la vie que vient d'affirmer Maxwell.

Dans une mesure infiniment plus forte, elle porte atteinte à l'intégrité corporelle : vergetures, relâchement de la paroi abdominale, ptoses viscérales, lésions du périnée, etc., etc.

Cependant, malgré ces fameux droits actuels de la mère, et malgré les droits purement virtuels, purement éventuels du fœtus, la femme est obligée de par la loi de subir sa grossesse et de la mener à sa fin normale.

Pourquoi donc les droits éventuels du fœtus priment-ils ici les droits actuels, les droits prétendus absolus de la mère ? Mystère.

Ce n'est pas tout.

Dans une autre série de faits, une intervention obstétricale est nécessaire, mais elle se fait par les voies naturelles : version, application de forceps pour altération des bruits du cœur du fœtus, rétro-pulsion d'un cordon procident, que sais-je : interventions bénignes sans doute, interventions qui comportent cependant toutes leur martyrologe : ruptures utérines, déchirures complètes du périnée, complications septiques.

Quelle sera là encore la conduite de l'accoucheur, ou plus exactement, devra-t-il s'incliner si la parturiente soucieuse de son périnée refuse l'application de forceps d'où dépend la vie de son fruit ?

Que sont là encore les droits actuels en regard de ces fameux droits simplement éventuels ?

Faut-il donc en arriver à cette conclusion que les droits éventuels du fœtus priment les droits actuels de la mère dans certains cas, à savoir quand la grossesse et l'accouchement sont livrés aux seules ressources de la nature, ou encore quand la main ou le forceps suffisent à aider ou à corriger cette nature impuissante ou défectueuse, mais que les droits actuels de la mère reprennent le dessus quand l'accoucheur doit recourir à une intervention sanglante.

Que devient dans tout cela le droit à l'intégrité corporelle ? Il est aussi lésé dans un cas que dans l'autre et souvent davantage dans l'accouchement physiologique, pourtant obligatoire.

Quant au droit à la vie, faut-il penser qu'il dépend du pronostic de l'accouchement ? Les risques imputables à la grossesse et à l'accouchement étant inférieurs à un certain pourcentage, ce droit disparaîtrait pour s'affirmer sitôt que les risques dépasseraient ledit pourcentage.

Et quel est ce pourcentage ? Il faudrait que M. Maxwell veuille bien le déterminer.

Pour nous, il ne saurait nous suffire que les droits de l'une des parties soient dits actuels, ceux de l'autre éventuels. Que dira l'avocat général quand,

traînée aux assises, une fille-mère coupable de s'être fait avorter fera remarquer qu'elle a sacrifié un être à droits éventuels, à son droit actuel, à l'intégrité corporelle que cet être compromettait ?

II

LE DROIT DE DÉFENSE DE LA MÈRE

Invoquer le droit de défense de la mère, c'est sous un nouveau titre reprendre le même argument.

Maxwel soutient le droit de défendre l'intégrité corporelle et en fait un cas de légitime défense. Toute l'argumentation du chapitre précédent est à nouveau applicable.

Pourquoi faire tuer pour éviter une cicatrice et ne pas faire tuer pour éviter vergetures, flétrissures des seins, effondrement du périnée, prolapsus utérin, etc...

En réalité, il n'est qu'un cas où l'on puisse tuer pour se défendre et ce cas est le suivant : « Si je ne te tue pas, c'est toi qui vas me tuer et qui vas me tuer sûrement. »

C'était l'argument de 1852 : 25 césariennes à Londres, 24 morts, disait Cazeaux, et à Paris, en cinquante années pas une guérison.

Ce ne peut plus être l'argument du ^{xx}e siècle : Le fœtus ne tue plus la mère qui le porte : la vie de l'un n'est plus exclusive de la vie de l'autre. Quand dix-neuf fois sur vingt on est en droit d'espérer la conservation de deux existences, comment peut-on reconnaître à

la mère le droit de demander, d'exiger le sacrifice de son fruit ?

Il y a quarante ans, avons-nous vu, la mortalité maternelle après l'opération césarienne atteignait 70 o/o. Elle était à Paris supérieure à ce chiffre, elle lui était très inférieure dans certains centres où les indications étaient posées plus justement et où l'intervention était pratiquée en temps plus opportun.

A partir de 1893 la mortalité moyenne n'était plus que de 16 o/o pour l'opération césarienne, de 10 o/o pour l'amputation de Porro (traité de Ribemont-Dessaigne et Lepage, édition de 1898).

Maintenant la mortalité maternelle est tombée à 5,85 o/o ; la mortalité fœtale étant de 5,7 o/o (statistique de Bué, in *Précis d'Obstétrique* de Dubrisay et Jeannin, 1904). L'abaissement de la mortalité se poursuit ainsi régulier et constant.

Et pour la symphyséotomie le pronostic est encore plus bénin.

Etant donné les résultats déjà acquis, doit-on vraiment attendre pour renoncer aux interventions fœticides que la mortalité soit devenue sensiblement nulle ?

« Si l'on était sûr d'une mortalité nulle, personne ne voudrait plus pratiquer l'avortement ; tous les praticiens auraient recours dans le cas qui nous occupe à la césarienne, et les femmes seraient bien obligées des'y résigner. Mais, je le répète, il y a encore une certaine mortalité, et bien des accoucheurs pré-

fèrent pratiquer l'avortement qui ne fait courir aucun risque... Dans l'avenir il y a tout lieu d'espérer que les chances de la mort seront réduites à 0, et l'on pourra hardiment proposer aux femmes affectées d'un bassin de six centimètres, l'opération césarienne » (Potocki).

Le professeur Charles de Liège a répondu justement à ces lignes « qu'un avortement provoqué n'est pas forcément anodin, qu'il est fréquemment suivi d'accidents sérieux, graves et même mortels. La césarienne moderne ne compromet pas la vie davantage, et la mortalité est aujourd'hui tellement réduite dans les conditions ordinaires d'une femme viciée n'ayant pas subi des manœuvres maladroites, qu'elle peut être considérée comme nulle : c'est ce que démontrent nos statistiques de la Maternité de Liège, qui est loin d'être un établissement modèle » (1).

La conclusion ne s'impose-t-elle pas ? Est-ce défendre légitimement que de tuer toujours pour prévenir un danger 95 fois sur 100 imaginaire ?

1. Nous enregistrons avec d'autant plus de plaisir l'opinion formulée ici par le professeur Charles que nos recherches dans le but de nous faire une idée de la gravité de l'avortement provoqué sont demeurées infructueuses. « Les accidents sérieux, graves et même mortels » ne sont habituellement pas publiés et les désastres ne sont guère connus que par des indiscretions sur lesquelles il est impossible de fonder une statistique vraiment scientifique.

III

LA VALEUR SOCIALE DU FŒTUS

Dans l'antiquité, le fœtus, dépourvu d'âme, était une chose. De nos jours de nombreux accoucheurs, opposant la valeur sociale de ce fœtus à celle de la mère qui le portait, ont voulu tirer de ce rapprochement la règle qui les guiderait.

Eloquent, même dans les plus mauvaises causes, Velpeau affirmait bien haut ses préférences :

« Pour moi, j'assure qu'il m'est impossible de mettre en balance la vie précaire d'un fœtus de trois, quatre, cinq ou six mois, d'un être qui jusque-là diffère à peine de la plante, qui ne tient encore par aucun lien au monde extérieur, avec celle d'une femme adulte, que mille rapports sociaux nous engagent à conserver. »

Cette argumentation a été fréquemment rééditée et Fochier, encore de nos jours, remarque que le fœtus est un être inconscient, à existence aléatoire.

Après avoir opposé sur le terrain juridique les droits éventuels de l'un aux droits actuels de l'autre, on a opposé sur le terrain moral l'être inconscient à l'être conscient. On a même été jusqu'à arguer de son insensibilité, de ce qu'il n'avait pas

encore la sensation de la douleur pour décréter le droit de le faire disparaître.

Sur le terrain médical pur on a considéré qu'un fœtus ne sera pas fatalement un adulte : à la mortalité obstétricale on a ajouté la mortalité infantile. On a ajouté encore l'incertitude sur la structure, sur la conformation de cet être.

On est arrivé ainsi à cette conclusion que, pour produire un être humain adulte, il faut plusieurs fœtus, bref que si l'on représentait l'être humain adulte qui est la mère par une unité, il faudrait représenter son fruit par une simple fraction.

L'ensemble de ces considérations a amené à faire la balance entre la valeur sociale de ces deux êtres et à décréter presque unanimement la moindre valeur du fœtus.

Aussi bien, si l'on s'en rapporte aux arguments présentés, et que nous venons de résumer, on découvrira avec étonnement qu'au point de vue social la fin ou le but de l'individu c'est de parvenir à l'état adulte, sans plus.

Voici un être infirme à peu près sûrement inapte à un travail productif, souvent inintelligent. De plus, cet être adulte appartenant au sexe féminin est impropre à la reproduction de l'espèce. Quelle est sa valeur sociale ? Nous le demandons, quelle est la valeur sociale de la femme qui refuse d'être mère ? Et que veut-on sacrifier à un être infirme, inutile, contre nature, car un être qui ne se reproduit pas est un être contre nature ? On veut lui

sacrifier un être vivant en cours de développement, un être humain qui sera selon toute vraisemblance normal. Bien plus, toujours au nom de l'intérêt social, on va sacrifier autant de fœtus humains normaux que cette femme deviendra de fois enceinte.

L'opérée de Lenoir en 1852 en était à son troisième fœtus ; mais encore faut-il redire qu'à cette époque, une césarienne l'aurait presque sûrement tuée.

Par contre, de nos jours, en va-t-il de même ? La femme infirme opérée par Potocki a déjà fait tuer deux fois son fruit ; deux êtres vivants normaux ont été sacrifiés, parce qu'une femme naine et rachitique ne veut point s'exposer aux douleurs et aux risques (bénins, ne l'oublions pas) de la maternité (1). Où est vraiment l'intérêt social ? Qu'a-t-il de commun avec l'égoïsme d'une femme dénaturée ? Et comment fera-t-on jamais croire que l'intérêt social consiste à sacrifier des êtres normaux multiples à un être infirme et volontairement stérile ? Combien faux, combien illogiques tous ces raisonnements, combien profonde et vraie la pensée de M. Pinard :

« Je ne puis admettre qu'on discute l'opportunité d'une intervention en se basant sur la valeur sociale ou morale de la vie de la mère ou de celle de l'enfant. — Si l'on entre dans cette voie et si l'on

1. Cela est si vrai qu'actuellement à la maternité de Nancy se trouve une femme qui vient de subir avec succès sa troisième opération césarienne.

est logique, on aboutit fatalement à la disparition de l'espèce. »

Et d'ailleurs qu'on compare la noble et éloquente réponse de Stoltz aux paradoxes de Velpeau, l'évidence apparaîtra :

« Il me suffit de savoir que cette plante, que ce corps animal dépendant est le commencement de l'homme, pour que je le respecte dans son existence autant que la créature parfaite. Sans doute, cet enfant, en supposant qu'il vienne vivant au monde, a bien des chances à courir avant d'être complètement développé et de devenir un membre utile de la société. A cause de cela je ne me crois pas le droit de le faire mourir. Qui me dit qu'il ne deviendra pas un homme éminent, plus utile à son pays que sa mère contrefaite. »

IV

LA CONSERVATION DE L'ESPÈCE, LA SÉLECTION

On vient de le voir, nous sommes de ces esprits simples pour qui, comme pour Stoltz, comme pour le professeur Pinard, un être humain vaut un être humain. Et nous avons vainement cherché à comprendre comment l'intérêt de la morale et de la société était que l'on sacrifiât à l'égoïsme d'un être infirme et volontairement stérile non pas une mais plusieurs vies humaines débutantes. Et nous nous sommes demandé si les accoucheurs, qui stérilisaient ainsi, suivant leur désir, des femmes infirmes, n'étaient pas des disciples de Darwin, partisans de sa doctrine de l'évolution et facilitant l'œuvre de la sélection naturelle. Pour de tels esprits, le devoir social, c'est d'imiter la nature, et étouffant tout sentiment de pitié, de supprimer les faibles au profit des forts.

Même à ce point de vue, l'interruption de la grossesse chez les rachitiques à bassin très étroit demeure injustifiable.

Nous ne sommes pas en effet en présence de tares sûrement héréditaires, nous ne sommes pas en présence de fœtus dont la valeur sociale est fatalement amoindrie.

« On voit des parents rachitiques donner naissance à des enfants qui ne présentent à aucun moment des symptômes de rachitisme. Le hasard paraît jouer le seul rôle dans la réalisation de l'hérédité directe », lisons-nous dans l'ouvrage classique de Spillmann.

Rien ne s'oppose à ce qu'une naine rachitique mène à terme sa grossesse et donne le jour à un enfant sain. « Chez ces femmes, même lorsqu'elles sont très petites, la grossesse évolue très bien ; l'enfant n'a pas assez de place dans la cavité abdominale pour s'y développer aisément, mais l'utérus pare à l'inconvénient et se développe en avant, et l'on a le ventre en besace, en obusier.

D'ordinaire, les femmes n'en sont nullement incommodées et si elles ont de bons poumons et de bons cœurs, la grossesse évolue très bien. On a dit que les chutes étaient plus fréquentes, mais une chute n'est qu'un accident toujours fortuit, et ce n'est pas sur une pareille éventualité qu'on doit baser sa conduite » (Potocki).

Si nous nous reportons d'autre part à la statistique des rétrécissements du bassin observés à la clinique Baudelocque du 1^{er} janvier 1898 au 1^{er} janvier 1899, statistique publiée par le professeur Pinard au congrès d'Amsterdam, nous voyons d'une façon générale que le poids des enfants de ces femmes rachitiques à bassin aplati dépasse plutôt le poids moyen des nouveau-nés normaux à terme (1).

1. Rapport au Congrès d'Amsterdam publié in *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1899, 2^e semestre.

Ces lignes se passent de commentaires. Cet être humain qu'on sacrifie est un être humain normal et si nous avons le droit de faire fi de l'existence d'un être à tare physique, ce ne serait pas le cas de faire usage de ce droit, car rien ne permet ici de supposer cette tare.

Aussi bien, les Lacédémoniens attendaient-ils d'avoir constaté la tare pour supprimer l'individu.

V

EST-ON TENU DE FAIRE MIEUX QUE LA NATURE

Voici une femme à bassin de six centimètres. Elle est enceinte : son fruit a-t-il valeur d'être vivant ? N'est-il pas certain que si on laisse la nature continuer son œuvre, ce fœtus est voué à une mort inévitable. Treub proteste contre le « sophisme de Pinard ». *Pour lui on ne sacrifie pas un enfant qui est destiné à mourir.* Autrement dit, il faut faire abstraction des ressources de la science contemporaine, et l'on ne doit pas tenir compte d'une vie qui est compromise à brève échéance si on laisse la nature achever son œuvre toute seule. C'est, dit-il, un sophisme de considérer comme un être vivant un fœtus qui mourra fatalement au terme de la grossesse, si celle-ci est abandonnée à elle-même...

Pour juger la valeur d'un tel argument, il suffit de le transposer, de l'adapter à un cas strictement analogue :

Voici un individu dont la hernie vient de s'étrangler. C'est un condamné à mort. On en peut disposer : à quelles expériences ne devrait-on pas le soumettre : « On ne sacrifie pas un être destiné à mourir. »

Nous pourrions multiplier les exemples. Faut-il s'attarder à discuter : voici un être que, avec les

ressources de la chirurgie contemporaine, quatre-vingt-quinze fois sur cent nous ferons naître vivant : peu importe ; de par la nature aveugle il est condamné. Nous en pouvons disposer à notre gré.

Jamais, croyons-nous, on avait ainsi revendiqué pour le médecin le droit au dilettantisme en matière de vie humaine. Jamais on avait affirmé ainsi le droit de refuser au patient qu'un volvulus, un étranglement va faire périr, l'opération libératrice ; à la parturiente qu'une hémorragie placentaire va tuer, la délivrance artificielle qui peut la sauver.

Faut-il vraiment demander quel est ici le sophiste ? Et si, comme le dit Maxwell, il est des droits et des devoirs imprescriptibles qui n'ont besoin d'être écrits en aucune loi, faut-il demander s'ils ne font pas une obligation de sauver toute vie humaine qu'on a le pouvoir de sauver ? et de considérer comme vivant tout être à qui l'on peut conserver la vie ?

VI

L'ARGUMENT AD HOMINEM

L'argument *ad hominem* est généralement abandonné. Il fut employé jadis par Pajot notamment. Argument stérile s'il en fût, qui cherche à transformer une défaillance en règle générale, il est dans le cas particulier tout théorique en ce sens qu'il ne correspond point à des faits précis. Aussi bien la solution des questions graves doit-elle être cherchée en se mettant soigneusement à l'abri des passions qui peuvent troubler notre entendement ; n'est-il point certain que le jour où notre règle de conduite sera conforme à notre conscience, nos proches seraient les premiers êtres que nous voudrions faire bénéficier de ce que nous croyons être la vérité.

VII

A QUOI BON ?

L'observation de M. Potocki est la suivante :

Secondipare, 25 ans. Taille 1 m. 20.

Nombreux stigmates rachitiques.

Diamètres externes du bassin :

Bi-crête : 25 centimètres.

Bi-épineux : 22 centimètres.

Bi-trochantériens : 26 centimètres.

Circonférence bi-trochantérienne : 87 centimètres.

Le toucher donne l'impression d'un bassin obstrué par une tumeur osseuse, constituée par le sacrum convexe en avant. Promontoire bas à 7 centimètres. On suit facilement les parties latérales du bassin.

« Maintenant elle est venue dictant elle-même notre ligne de conduite. Nous aurions pu refuser d'intervenir comme elle le désirait, mais enfin, étant donné que la conduite que nous préconisons n'est pas encore admise par tous les accoucheurs, nous avons préféré donner satisfaction à cette femme... *Ce que nous n'aurions pas voulu faire, d'autres l'auraient fait.*

Plus tard, si elle redevient enceinte, elle ira dans un autre service, redemandera à ce qu'on la fasse

avorter, et il est probable qu'on fera ce que nous avons fait. »

Ces dernières lignes soulignent justement la lourde responsabilité de l'accoucheur, qui consiste chez une primipare, en pareil cas, à provoquer l'avortement. Stoltz à qui nous avons déjà fait de si fréquents emprunts, avait merveilleusement souligné ce point :

« M. Lenoir a provoqué l'avortement au quatrième mois chez une fille contrefaite, qui déjà deux fois avait subi cette opération. Cette dernière circonstance diminue considérablement à mes yeux l'importance de cette communication... Suivant moi, l'éloge ou le blâme, la responsabilité de l'acte en un mot, revient à celui qui a provoqué l'avortement pour la première fois, et a ainsi ouvert la voie. »

Le plus souvent, en effet, la femme qui a obtenu qu'on la fasse avorter recommencera, et ce n'est pas une mais plusieurs vies qu'elle sacrifiera ainsi à ses vices et à son égoïsme. Mais ceci n'est qu'un point accessoire.

Ce que nous voulons retenir, c'est le véritable mobile qui a déterminé M. Potocki à accéder aux désirs de sa cliente. Ce mobile, c'est le découragement. « Ce que je n'aurais pas voulu faire, d'autres l'auraient fait », par conséquent à quoi bon refuser ? Mais il reste toujours à savoir si l'on a le droit de faiblir ainsi, d'abandonner par découragement la ligne de conduite qu'on sait être la bonne ? Est-il sûr qu'il soit inutile d'élever la voix dans le désert ? est-il sûr qu'il

faillie renoncer à donner le bon exemple parce qu'on sait qu'on ne sera pas suivi ?

Le professeur Charles pousse à l'extrême la critique d'une telle défaillance : « Si d'autres consentent à poser un acte malhonnête ou délictueux, ou simplement indélicat, injustifié, ce n'est pas un motif pour en faire autant. Où irait-on donc en s'engageant dans la voie admise par M. Potocki ? On consentirait même à faire avorter les femmes dont la réputation, l'honneur, la tranquillité sont en jeu, qui menacent de se suicider, ou de « faire un malheur », etc., sous prétexte qu'elles trouveront toujours quelqu'un pour les débarrasser du produit de leur faute. Inutile d'insister davantage sur l'étrangeté et le danger de cet argument ? »

Il reste en effet que nous n'avons pas le droit de nous abandonner ainsi au découragement, que nous devons toujours et quand même donner l'exemple. — Nous ne pouvons pas savoir ce qui en résultera. Quand notre refus d'intervenir n'aurait pour effet que de retarder la date de l'interruption de la grossesse, de prolonger la durée des réflexions de la mère, de provoquer peut-être chez elle des pensées salutaires, d'aider à l'éclosion de sentiments qui semblent absents et qui sont peut-être effacés, inconscients, notre refus aurait déjà été utile. Il ne faut jamais désespérer de la conscience humaine. Gagner du temps c'est peut-être gagner tout.

Et au point de vue purement médical, qui peut mesurer encore l'influence, la contagion de l'exem-

ple ? Quelles seront les réflexions du confrère à qui la patiente racontera qu'un autre accoucheur a refusé de la faire avorter et pourquoi préjuger qu'une telle conduite le laissera indifférent ?

VIII

TU NE TUERAS PAS

Ainsi sous quelque angle que nous envisagions ce problème, nous revenons au même point : tu ne tueras pas. Nous avons suivi tous nos contradicteurs sur le terrain qu'ils avaient choisi : aucun de leurs arguments n'a pu nous faire oublier cette loi universelle.

Ce droit effrayant de juger et de condamner, d'être l'arbitre entre deux destinées, nous n'avons aucune raison de nous l'approprier, et ce nous est un grand soulagement. Notre conduite est simple, claire, précise : Aider, protéger tout être dont la vie est menacée, conduire toute grossesse en cours, à son terme normal : la naissance d'un enfant vivant. Certes l'enfant ne saurait nous faire oublier la mère, mais la mère ne doit pas nous faire oublier l'enfant. Nous avons charge de deux existences, charge lourde parfois, mais la voix du devoir est facile à écouter quand elle est nette et précise. Et cette voix ne nous dit et ne peut nous dire que ceci : « Le droit de l'enfant à la vie est un droit imprescriptible et sacré, que nulle puissance ne peut et ne doit lui ravir. »

CHAPITRE IV

APPENDICE

Ce qui est notre devoir envers un fœtus de trois mois peut-il ne plus l'être quand nous sommes en présence d'un fœtus à terme ?

Les arguments insuffisants pour nous déterminer à pratiquer un avortement peuvent-ils suffire pour nous amener au fœticide ?

Les circonstances ne sont-elles plus les mêmes ?
Non. Elles diffèrent sur deux points :

1^o La gravité des interventions mises en parallèle : alors que l'avortement est plus bénin que l'opération césarienne, la mutilation du fœtus à terme est au moins aussi grave que les opérations conservatrices de l'enfant. Des statistiques minutieuses aboutissent à des différences infinitésimales. Notre ligne de conduite est donc plus nette encore si possible.

2^o La période du terme est une période critique, dramatique. Il faut tenir compte de la peur de la mère, de l'affolement qui règne dans l'entourage.

Cet affolement, ce désordre des idées et des senti-

ments est certain. Chez l'homme qui sera plus tard père dans le sens le plus fort du mot, ce sentiment de paternité est souvent tardif ; dans son cerveau troublé, les sentiments se heurtent, l'amour conjugal s'exagère ; la crise passée, il aura honte des pensées, des désirs qui se seront formés, qu'il aura quelquefois formulés.

L'admirable livre d'Edouard Rod intitulé *Le sens de la vie* nous fait suivre pas à pas les fluctuations de ce cœur humain, l'impossibilité d'une volonté raisonnée à ce moment critique où l'on ne se croit qu'époux et où l'on ne se sent pas encore père.

« Je redoute tout de *lui* : sa naissance d'abord, ce drame douloureux et brutal, où se condense dans des horreurs qui font frissonner toute l'horreur de vivre, et les angoisses qui précèdent, les jours passés dans l'obsédante pensée que pour le jeter au monde il faudra peut être qu'elle meure, et que je resterai seul ou pire que seul avec lui ». Et voici les heures décisives : « Désemparé, je passe d'une pièce à l'autre, essayant de lire, ouvrant dix volumes, l'un après l'autre, l'esprit tendu vers une pensée unique qui ne se formule pas, et fait le vide dans ma tête en tournant sur elle-même... »

Et c'est à ces heures de crise, que le médecin qui sait, prévoit et juge, subordonnerait ses actes aux désirs de ces infortunés, incapables de diriger leurs pensées, incapables de lire en eux-mêmes, ballottés au gré de leur crainte, de leurs souvenirs, des légendes qu'on aura pu leur conter ? Certes, ces parents, cet

entourage ont le droit de choisir l'accoucheur en qui ils placeront leur confiance — mais ce dernier est dès lors, et d'autant plus que les circonstances sont plus délicates, le seul juge, le véritable pilote qui n'écouterà que lui aux heures décisives.

CONCLUSIONS

1° En présence d'un rétrécissement extrême du bassin, l'accoucheur ne devra jamais perdre de vue le droit de l'enfant à la vie ;

2° Il n'y a plus en pareil cas de sacrifice d'enfant nécessaire pour le salut de la mère ; il y a simplement deux existences à protéger ;

3° L'avortement provoqué ne doit donc pas être proposé par l'accoucheur ;

4° S'il est demandé par la mère, on doit le lui refuser ;

5° De cette époque au terme, les sentiments maternels peuvent s'éveiller ;

6° A terme, l'accoucheur doit tout mettre en œuvre pour substituer sa volonté éclairée et raisonnée à l'ignorance, aux incertitudes et à l'affolement des parents et de l'entourage.

Vu : le Président de la thèse,

PINARD

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Académie de médecine de Belgique. C. R., année 1852.
- Académie de médecine de Paris. C. R., année 1852.
- ADELON. — (C. R. Acad. méd. Paris, 1852).
- ALLAIN. — Du fœticide. Th. Bordeaux, 1901.
- BACHIMONT. — De l'interruption de la grossesse avant la viabilité du fœtus. Paris, 1897-1898.
- BAR. — (Soc. obst. de France, 1902).
- BÉGIN — Acad. méd. Paris, 1852.
- BERRUT. — Y a-t-il des cas où il soit permis à l'accoucheur de provoquer l'avortement. Paris, 1855.
- BRAAM. — Nonnulla de aborstu arte provocato. Traj. ad Rhenum, 1878.
- BRILLANT-LANJARDIÈRE. — De l'avortement provoqué au point de vue médical, théologique et médico-légal. Paris, 1862.
- CAZEAUX. — Rapport à l'Académie de médecine, 1852.
- CHAILLY. — C. R. Acad. méd., 1852.
- CHARLES. — Indications de l'avortement provoqué, méd. infantile. Paris, 1899.
- Peut-on encore à l'heure actuelle pratiquer l'avortement pour vice du bassin ? Journal d'accouchements de Charles de Liège, 9 octobre 1904.
- CORCELIUS. — De abortu arte procurando. Bonnae, 1865.

DAYMARD. — De l'accouchement provoqué à toutes les époques de la grossesse. Paris, 1848.

DEGUERRE. — De l'avortement provoqué. Th. Strasbourg, 1834.

DEVILLERS. — Art. : Avortement in Dictionnaire Jaccoud.

P. DUBOIS. — De l'avortement provoqué dans les cas de rétrécissement du bassin. Gaz. méd. de Paris, 1845, II, 133, 189.

— C. R. Acad. méd. Paris, 1852.

FOCHIER. — C. R. Soc. obst. de France, 1902.

GARDELLE. — Etude des indications de l'accouchement prématuré artificiel et de l'avortement médical. Paris, 1855.

GARRIGUES. — Artificial abortion. Ann. gyn. and obst. J. N. Y., 1895, VI, 818, 24.

HERRGOTT. — C. R. Soc. obst. de France, 1902.

HUBERT DE LOUVAIN. — Mém. adressé à l'Acad. de méd. de Belgique, 1852.

JACQUEMIER. — Art. : Avortement, in Dictionnaire Dechambre.

KLOTZ. — Chronique médicale. Novembre, 1904.

LAMOUREUX. — Du fœticide. Th. Paris, 1905.

LENOIR. — Acad. méd. Paris 1852.

LETENNEUR. — De l'avortement provoqué avant le moment où le fœtus est viable. Jour. de la section de méd. de la Soc. acad. de la Loire-Inférieure. Nantes, 1859.

MACARÍ. — De abortu medico et de partu cæsareo. Congrès médical de toutes les nations. Bologne, 1870, I. 332.

MARC. — Art. : Avortement, Dictionnaire en 25 volumes.

MAXWELL. — Annales d'hygiène, 1902, t. 47, p. 56 et suivantes.

MILLER. — Induction of premature labor and abortion as

- obstetrical resources. Louisville. M. J., 1860, I, 9, 19.
- NAAGELÉ. — Traité d'accouchements, passim.
- PINARD. — De l'avortement médicalement provoqué, ou avortement thérapeutique. Ann. de Gyn. et d'Obst. Paris, 1899, LI, 1, 12.
- Leçons de novembre 1899 in Ann. de Gyn. et d'Obst., janvier 1900.
 - Rapport au congrès d'Amsterdam de 1899.
 - Rapport au congrès d'obst. et de gyn. de Rome 1902 (in Ann. de gyn. et d'obst.), septembre 1902.
 - Leçon du 21 nov. 1901 : Du fœticide. In Ann. d'hygiène, 1902, t. 47, p. 234.
- POTOCKI. — La médecine moderne, 14 septembre 1904.
- RATTERMANN (F.). — Induced abortion on account of the extrem narrowness of the pelvis. Philadelphie, 1858.
- RHEINISCH. — De abortus procuratione. Wirceburgi, 1836.
- SIEBOLDT (De). — Histoire de l'obstétricie (trad. Herrgott), passim.
- SOYRE. — Dans quel cas est-il indiqué de pratiquer l'avortement ? Th. ag. Paris, 1875.
- STOLTZ. — Lettre sur la provocation de l'avortement à propos etc. Gaz. méd. de Paris, 1852, p. 303-8.
- SUE LE JEUNE. — L'Art des accouchements, tome I.
- TIRIFAHY. — De l'avortement médical. J. de méd. chir. et pharmacologie. Bruxelles, 1868.
- TREUB. — C. R. Soc. obst. de France, 1902.
- VANHUEVEL. — Dystocie. De l'avortement provoqué et de l'embryotomie. Presse méd. belge. Bruxelles, 1852. IV, 237-253.
- VAN-MEERBÉECK. — Ann. Soc. méd. d'Anvers, 1852 et 1853.

VANVERTZ. — De l'avortement provoqué obstétrical. Lille, 1878.

VANUXEEM. — De l'avortement médical. Paris, 1867.

VELPEAU. — Traité de l'Art des accouchements et C. R. Acad. méd. Paris, 1852.

VILLENEUVE. — De l'avortement provoqué dans le cas de rétrécissement extrême du bassin, considéré au point de vue judiciaire, médical et religieux. Réfutation du rapport de M. Cazeaux. Marseille, 1853.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I.....	11
CHAPITRE II. — Historique.....	15
CHAPITRE III.....	28
I. — Les droits de la mère.....	28
II. — Le droit de défense de la mère.....	32
III. — La valeur sociale du fœtus.....	35
IV. — La conservation de l'espèce : la sélection...	39
V. — Est-on tenu de faire mieux que la nature ?..	42
VI. — L'argument <i>ad hominem</i>	44
VII. — A quoi bon ?.....	45
VIII. — Tu ne tueras pas.....	49
CHAPITRE IV. — Appendice.....	51
CONCLUSIONS.....	55
BIBLIOGRAPHIE.....	56